
Éléphantiasis des organes génitaux externes : aspects cliniques et thérapeutiques

Ndoye A., Diao B., Fall P.A., Ze Ondo C., Diallo Y., Gueye S.M., Diagne B.A.

Service d'urologie-andrologie
Hôpital A. Le DANTEC - DAKAR (SENEGAL)
BP 5321 Dakar – Fann

Correspondance :
alainndoye@hotmail.com

Résumé

L'éléphantiasis des organes génitaux externes est une affection rare retentissant sur la vie sexuelle des patients. Le but de ce travail est de rapporter les aspects cliniques et d'insister sur les aspects thérapeutiques de cette pathologie.

Vingt quatre cas d'éléphantiasis pénien, scrotal, ou péno-scrotal ont été opérés au service d'Urologie-Andrologie de l'HALD de Dakar, sur une période de 11 ans (1991-2002).

L'âge moyen de nos patients était de 43 ans (4 à 75 ans).

Le délai moyen de consultation était de 7,8 ans (0,3 à 20 ans).

La localisation était pénienne (4 cas), scrotale (8 cas), péno-scrotale (12 cas). L'étiologie était dominée par les infections bactériennes avec 12 cas de sténose urétrale.

Les patients ont subi une chirurgie d'exérèse avec plastie de recouvrement des organes génitaux associée à une uréthroplastie dans les cas de sténose urétrale. Ces patients ont été suivis avec un recul moyen de 6 ans. Les résultats étaient satisfaisants dans 21 cas pour les éléphantiasis, tant au plan esthétique que fonctionnel. Les résultats des uréthroplasties ont été bons pour 8 patients dont 6 opérés selon la technique de QUARTEY. La modification apportée à la technique de « BOTREAU-ROUSSEL » permet de recouvrir les organes génitaux externes sans recourir à un lambeau cutané ou à une greffe dermo-épidermique. L'uréthroplastie, réalisée dans le même temps opératoire selon la technique de QUARTEY donne des résultats satisfaisants.

Mots clés : Eléphantiasis / pénis / scrotum / uréthroplastie.

Introduction

L'éléphantiasis des organes génitaux externes est caractérisé par sa rareté, son aspect spectaculaire et son retentissement sur la vie sexuelle des patients.

Dans nos régions, l'étiologie filarienne a pris du recul au profit de l'étiologie bactérienne d'où l'association assez fréquente avec une sténose urétrale. Si, pour les éléphantiasis d'origine filarienne, le problème essentiel est l'exérèse des lésions et la plastie de recouvrement des organes génitaux externes, pour les formes secondaires à une sténose scléro-inflammatoire de l'urètre, l'uréthroplastie de-

Abstract

Elephantiasis of male genitalia: clinical aspects and treatments

Elephantiasis of male genitalia is characterized by its rarity and the resulting sexual disorders. The aim of this study was to review the clinical features and therapeutic options of this disease. We reviewed 24 cases of penile, scrotal, or peno-scrotal elephantiasis operated on over an 11 years period in the department of Urology, Dakar University Hospital, between 1991 and 2002. The patients mean age was 43 years. The time from the onset of the disease to the first medical consult was 7.8 years. The disease localization was penile (4 cases), scrotal (8 cases), or peno-scrotal (12 cases). Etiology was mainly bacterial with 12 cases of urethral stenosis. Mean follow-up time after surgery was 6 years. The outcome of elephantiasis treatment was both aesthetically and functionally satisfactory in 21 cases. A modification of the "BOTREAU-ROUSSEL" technique was used to cover the external genitalia without the use of cutaneous pedicled or free flaps. The results of urethroplasty were good in 8 cases, with 6 cases operated with QUARTEY's technique.

Keywords: Elephantiasis / penile / scrotum / urethroplasty.

vient un souci supplémentaire.

Le but de ce travail et de rapporter les aspects cliniques et surtout thérapeutiques de cette pathologie.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 24 patients de sexe masculin suivis en Urologie pour éléphantiasis des organes génitaux externes. Les dossiers ont été colligés sur une période de 11 ans (1991-2002).

L'âge moyen de nos patients était de 43 ans (extrêmes : 4 - 75 ans).

Au cours de l'exploitation des dossiers, nous nous sommes intéressés aux aspects cliniques suivants : motifs de consultation, délai de consultation, localisation de l'éléphantiasis (pénien, scrotal, péno-scrotal), étiologie (infectieuse bactérienne, filarienne, congénitale, iatrogène), lésions associées, techniques opératoires utilisées et leurs résultats fonctionnels et esthétiques.

Le motif de consultation le plus constant a été l'hypertrophie et la déformation des organes génitaux externes, trouvé chez tous nos patients. Les autres motifs de consultation ont été les troubles sexuels (16 cas) et la dysurie (10 cas).

Le délai moyen de consultation était de 7,8 ans (0,3 - 20 ans).

La localisation de l'éléphantiasis était dominée par des lésions péno-scrotales (12 cas) (figure 1). Huit fois la localisation était uniquement scrotale et 4 fois pénienne

L'existence d'une sténose urétrale a été notée chez 12 patients. Dans 2 cas cette sténose était compliquée de fistules uréthro-cutanées périnéales (figure 2).

L'étiologie était dominée par les causes infectieuses bactériennes (rétrécissements urétraux) (12 cas), suivis des causes filariennes (7 cas). Deux de nos éléphantiasis étaient dus à une circoncision traditionnelle et 2 autres étaient associés à une trisomie 21. Dans un cas aucune étiologie n'a été identifiée.

Tous nos patients ont subi une chirurgie d'exérèse avec double incision circulaire de part et d'autre de la lésion pour la localisation pénienne, et une modification de l'incision de « BOTREAU-ROUSSEL » pour la localisation scrotale ⁽¹⁾. Dans les localisations péno-scrotales une combinaison des deux types d'incision a été réalisée. Une orchidopexie était associée pour éviter une torsion secondaire du cordon spermatique.

Les patients présentant une sténose urétrale (12 cas) ont bénéficié d'une uréthroplastie par lambeau cutané pénien pédiculé type QUARTEY (8 cas) (figure 3) ou par lambeau scrotal pédiculé type BLANDY (4 cas) dans le même temps opératoire. La peau saine restante a suffi pour la plastie de recouvrement des organes génitaux externes, qui a été satisfaisante chez tous nos patients.

Résultats

Avec un recul moyen de 6 ans, les résultats ont été satisfaisants dans 21 cas tant au plan esthétique que fonctionnel. Deux cas d'œdème postopératoire important et 3 cas de récurrences (1 cas à 2 ans, 2 cas à 3 ans) ont été notés.

Les résultats des uréthroplasties ont été satisfaisants pour 8

patients dont 6 opérés selon la technique de QUARTEY. Les échecs étaient liés dans 1 cas à une désunion des sutures chez un patient opéré selon la technique de QUARTEY, dans 1 cas à une nécrose du greffon chez un patient opéré selon la technique de BLANDY et dans 2 cas à une récurrence (1 QUARTEY et 1 BLANDY).

Discussion

Au plan clinique, l'hypertrophie et la déformation des organes génitaux externes sont la principale manifestation de l'éléphantiasis des organes génitaux externes. La perte de l'élasticité de la peau qui s'épaissit et prend un aspect cartonné a été constamment rapportée dans la littérature ^(2,3,4).

Le délai moyen de consultation dans notre étude (7, 8 ans) expliquerait certaines formes cliniques qui prennent des proportions spectaculaires voire monstrueuses (figure 3). Ces formes historiques pour la plupart des pays développés expliquent les troubles sexuels et principalement les difficultés d'intromission qui sont en plus aggravées par l'enfouissement de la verge dans le scrotum. La localisation prédominante à l'ensemble péno-scrotal trouvée dans notre série recoupe les données de la littérature. En effet, l'atteinte pénienne isolée serait rare ^(3,5). La séparation des réseaux de drainage lymphatique de la verge et du scrotum expliquerait les localisations isolées. Enfin, il n'est pas surprenant que la dysurie ne constitue pas un

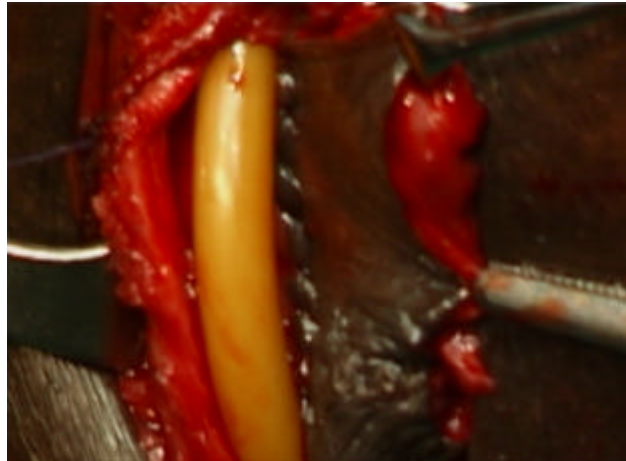
Fig. 2



Fig. 1



Fig. 3



motif de consultation, elle passe très souvent inaperçue, même si les difficultés mictionnelles sont aggravées par l'enfouissement de la verge⁽³⁾.

L'étiologie est dominée par la sténose scléro-inflammatoire de l'urètre. Elle occupe une part prépondérante dans notre étude. Les connexions entre les réseaux de drainages lymphatiques de l'urètre, du scrotum et du testicule expliqueraient la relation entre la lésion urétrale et les éléphantiasis des organes génitaux externes. Les infections bactériennes seraient à l'origine d'endolymphites avec obstruction des vaisseaux et ceci serait d'autant plus important qu'il existerait une lésion urétrale sous-jacente^(4,6). Les éléphantiasis secondaires à la circoncision seraient liés à un remaniement local des échanges vasculaires⁽⁴⁾. L'étiologie congénitale trouvée chez 2 patients dans notre étude a également été rapportée dans la littérature et serait en rapport avec des anomalies des vaisseaux lymphatiques pouvant se manifester dans l'enfance ou plus tardivement⁽³⁾.

Au point de vue thérapeutique, seule la chirurgie d'exérèse demeure efficace sur les lésions. Et ceci parce que les lésions scléro-fibreuses sont irréversibles. Les tentatives de drainages lymphatiques par anastomose lymphatico-veineuse, dont la plus classique est celle entre la crosse de la saphène interne et groupe lympho-nodal inguinal superficiel, ne sont réalisables qu'au stade précoce de lymphoedème et leur efficacité serait transitoire^(7,8). Cette thérapeutique conservatrice de moins en moins pratiquée, ne serait pas d'une grande utilité dans nos régions où les malades sont vus tardivement.

Plusieurs techniques de chirurgie d'exérèse et plastique, ont été utilisées. Elles diffèrent par le type d'incision et les procédés plastiques de recouvrement des organes génitaux externes.

Pour ce qui est du type d'incision, la modification apportée à l'incision de « BOTREAU-ROUSSEL » est vulgarisée dans notre pratique depuis une décennie⁽¹⁾. Elle facilite la reconstitution satisfaisante des poches scrotales, surtout dans l'éléphantiasis scrotal avec enfouissement de la verge, en ménageant la peau hypogastrique saine qui a été étirée par la masse. Cette plastie scrotale a été réalisée dans plusieurs séries avec la partie crânio-dorsale du scrotum, qui est une zone souvent épargnée par les lésions^(2,8,9).

Les plasties par lambeau cutané pédiculé et greffe dermo-épidermique sont réservées aux cas où la perte de substance ne saurait être comblée par le restant de la peau saine et aux cas d'exérèses itératives. Ces lambeaux cutanés pédiculés peuvent être prélevés au niveau des régions supra-pubienne ou inguinale^(5,10).

Quant à l'utilisation de la greffe de peau libre, elle est particulièrement intéressante dans la couverture de la verge, où elle donne des résultats satisfaisants, tant sur le plan esthétique que fonctionnel^(2,5). L'inconvénient majeur à ce niveau serait sa rétraction circulaire ou longitudinale, posant aussi bien des problèmes d'ordre esthétique que fonctionnel. Pour pallier cette éventualité, certains auteurs préconisent une disposition spiralée de cette greffe autour de la verge^(2,5). Au niveau scrotal, cette greffe de peau libre serait incriminée dans la genèse

d'une altération de la qualité du sperme par modification de la régulation thermique locale^(5,11). Cette greffe de peau libre n'est pas indiquée dans les éléphantiasis secondaires à une sténose urétrale car les lésions sont infectées et mal vascularisées, ce qui accroîtrait le risque de nécrose du greffon.

Les cas de récurrences après exérèse trouvés dans notre étude ne sont pas exceptionnels. Ils ont aussi été rapportés dans la littérature et seraient liés à la persistance d'un blocage lymphatique, donc à une exérèse incomplète des lésions⁽⁴⁾. L'IRM scrotal serait d'un grand apport dans la prévention de ces récurrences car elle permettrait une caractérisation tissulaire bien corrélée avec l'histologie⁽⁹⁾. Cependant, la meilleure méthode de prévention de ces récurrences serait de disposer d'un examen extemporané qui préciserait au mieux les limites de l'exérèse.

Quant aux sténoses urétrales leur caractère scléro-inflammatoire particulièrement évolué a guidé notre choix vers l'utilisation de lambeaux cutanés pédiculés. En effet, les résultats satisfaisants obtenus avec l'utilisation du lambeau cutané pénien pédiculé selon le procédé de QUARTEY confirment le fait que ce type de lambeau trouve une indication idéale dans les sténoses étendues, complexes ou récurrentes, et le plus souvent d'origine infectieuse⁽¹²⁾. Ce lambeau donnerait au plan fonctionnel une satisfaction tournant autour de 90 %⁽¹³⁾. La désunion des sutures de la plaie opératoire notée chez un de nos patients a été rapportée chez 20% des malades de la série de QUARTEY⁽¹³⁾. Quant à la nécrose du greffon cutané observée chez un patient opéré selon la technique de BLANDY, elle constitue l'élément prépondérant des échecs des uréthroplasties par lambeau cutané pédiculé ou libre. Cette nécrose rare en cas d'uréthroplastie selon la technique de QUARTEY conforterait les résultats de l'étude de CONORT⁽¹⁴⁾, qui, après avoir comparé la vascularisation des différents lambeaux pédiculés à destinée urétrale a conclu que seul le lambeau de QUARTEY possédait une lame pédiculaire bien individualisée.

La récurrence des sténoses, observée chez 2 de nos patients, constitue la complication la plus commune de cette chirurgie. En effet, aucune uréthroplastie n'est à l'abri d'une récurrence. La sous-estimation de la zone sténosée au cours de l'uréthroplastie pourrait en être la cause essentielle. Le repérage de la zone sténosée est toujours apprécié de manière subjective, et seule une biopsie extemporanée aurait pu permettre de situer la limite exacte entre zone saine et zone malade. La rétraction cicatricielle de la bouche d'anastomose du greffon représente un autre facteur de récurrence, surtout dans les plasties en tube.

Conclusion

L'intérêt de l'étude des éléphantiasis des organes génitaux externes réside dans la prise en charge thérapeutique. La modification apportée à l'incision de « BOTREAU-ROUSSEL » permet une plastie de recouvrement satisfaisante des organes génitaux externes, sans recourir à un lambeau cutané pédiculé ou à une

greffe dermo-épidermique. Pour les éléphantiasis secondaires à une sténose scléro-inflammatoire de l'urètre, l'urétroplastie réalisée durant le même temps opératoire selon la technique de QUARTEY donne des résultats fonctionnels satisfaisants.

Références

1. NDOYE A., SYLLA C., BA M., GUEYE S.M., DIAGNE B.A. Management of penile elephantiasis. *B.J.U. Int.*, 1999 ; 84 : 362-4.
2. OLLAPALLIL J.J., WATTERS D.A.K. Surgical management of elephantiasis of male genitalia. *Br. J. Urol.*, 1995 ; 76: 213-5.
3. SLAMA A., JAIDANE M., ELLEUCH A., BEN SORBA N., YACOUBI M.T., MOSBAH A.F. Traitement chirurgical d'un éléphantiasis péno-scrotal. *Prog. Urol.*, 2002 ; 12 : 337-9.
4. SYLLA C., NDOYE A., BA M., GUEYE S.M., DIAGNE B.A. Penile and scrotal elephantiasis in Senegal. *Afr. J. Urol.*, 1998 ; 4 : 36-41.
5. DANDAPAT M.C., MOHAPATRO S.K., PATRO S.K. Elephantiasis of penis and scrotum. Review of 350 cases. *Am. J. Surg.*, 1985 ; 149: 686-90 .
6. ELSAHY N.I. Syphilitic elephantiasis of the penis and scrotum. *Plast. Recons. Surg.*, 1976 ; 57 : 601.
7. SAMSOEN M., DESCHLER J.M., SERVELLE M., RAIGA J.C., LELIEVRE G., TARDIEU J.C. Le lymphoedème péno-scrotal : 2 observations. *Ann. Dermatol. Venerol.*, 1981 ; 108 : 541-6 .
8. SKOOG S.J. Verrucous elephantiasis of the scrotum : an unusual variant of genital lymphedema. *J. Urol.*, 1986 ; 135 : 799-800.
9. WILLE S., NIESEL T., BREUL J., HARTUNG R. Elephantiasis of the legs with lichen sclerosus and atrophicus of the penis and scrotum . *J. Urol.*, 1997 ; 157 : 2262.
10. APEROS J., ANIGIAN G. Reconstruction of penile and scrotal lymphedema. *Ann. Plast. Surg.*, 1991 ; 27 : 570-2 .
11. JONES H.W., KAHN R.A. Surgical treatment of elephantiasis of the male genitalia. *Plast Recons. Surg.*, 1970 ; 46 : 812.
12. AUSTINI E., COLOMBO F., MANTOVANI F., FENIRE O. Lambeau cutané pénien de large taille dans la reconstruction urétrale tubulaire dans les sténoses bulbo-membraneuses complètes, récidivantes et étendues. *J. Urol.*, 1994 ; 100 : 23-8.
13. QUARTEY J.K.M. One stage transverse distal. Penile / preputial island flap urethroplasty for urethral structure. *Ann. Urol.*, 1993 ; 27: 228-32.
14. CONORT P., CHOPIN G., SARCY J.J., RAVEAU F., CHATELAIN C. Etude de la vascularisation des lambeaux pédiculés à destinée urétrale. *Ann. Urol.*, 1990 ; 24 : 239-40.